议 价 文 件

浙江省肿瘤医院防雷装置检测项目

浙江省肿瘤医院

二○二三年三月

**浙江省肿瘤医院防雷装置检测项目**

**一、项目名称和供应商资格条件**

1. 项目名称：防雷装置检测项目

2. 供应商资格条件：

（1）符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定条件；

（2）公司具有独立的建筑物防雷装置检测能力且信誉良好；

（3）本项目不接受联合体议价；

（4）公司需具备建筑物防雷装置检测相关资质。

**二、服务内容**

1.对本项目建（构）筑物的接闪器、引下线、接地装置、防闪电电涌侵入及防高电位反击措施、等电位连接措施、电涌保护器、防闪电感应及防静电接地措施等防雷装置进行的检测。

2.供应商应严格按照防雷技术规范进行检测；各项数据的检测及记录必须真实，对检测结论负责；在现场检测完成后7个工作日内出具防雷装置检测报告。

3.检测技术标准

GB50057-2010《建筑物防雷设计规范》；

GB/T21431-2015《建筑物防雷装置检测技术规范》；

其它有关的国家标准及行业标准。

4.具体检测项目见清单。

1. **报价方式**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 浙江省肿瘤医院防雷装置检测项目 |
| 项目单位 | 浙江省肿瘤医院 |
| 技术标准 | 《建筑物防雷设计规范》GB50057-2015；《建筑物防雷装置检测技术规范》GB/T 21431-2008；《民用建筑防雷及接地》2004浙D2；《等电位联结安装》02D501-2；其它相关规范标准 |

|  |  |
| --- | --- |
| 检测项目 | 检测点位数共计728个，具体如下：行政楼97个；放射科19个；8号楼（门诊楼）47个；1号病房楼43个；2号病房楼135个；4号楼A楼41个；4号楼B楼30个；4号楼C楼35个；信息中心76个；7号楼13个；3号楼14个；锅炉房10个；宿舍楼17个；11号楼15个；12号楼14个；13号楼（食堂）30个；9号楼37个；库房5个；分院区建筑50个。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 报价金额 | ￥： （人民币： ） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报价人  |  | 联系电话 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 备 注 |  |

注：1.本次报价包含一切税费、运杂费、保险费、装卸落地费、保管费、节假日加班费、仓储费、二次搬运费（搬运至各区域所发生的全部费用）、人员食宿交通、专用工具费（若有）、安装费及完成本项目的可能涉及的所有费用；

1. 本项目最高限价人民币4.9万元；
2. 实施防雷装置检测的技术人员需有相关检测资质。

**四、响应文件编制要求**

1. 响应文件包含报价、技术、商务资料不得少于叁份；

2. 报价文件至少应包括以下内容（均需加盖公章）：（1）按本文件表格内所列内容报价；（2）采购到货响应周期及相应优惠条件等；（3）供应商需要说明的其他报价说明；

3. 商务文件至少应包括以下内容：证明其为合格供应商和所提供的为合格产品的有关资格证明文件（若适用），议价文件要求提供的其他资料等（均需加盖公章）：（1）法人授权委托书（附件1）；（2）法定代表人及受委托人的身份证复印件；（3）企业法人营业执照复印件；（4）主要业绩证明；（5）供应商认为需要的其他商务文件或说明；

4. 技术文件至少应包括以下内容：针对本项目的技术和服务议价方案，招标文件要求提供的其他资料等（均需加盖公章）：（1）供应商应提供的技术资料；（2）供应商需要说明的其他文件和说明。

**五、议价截止时间、议价时间及地点**

1. 递交议价文件截止时间：2023年03月22日（周 三 ）17:00前，逾期不再接受任何形式的报名。

2．议价时间及地点：院方另行通知。

3．投标地点：浙江省肿瘤医院行政楼403室

4. 采用快递方式递交议价文件，必须对议价文件进行密封并在密封处加盖公章，快递费用由议价单位自理，不接受到付件。请投标单位在密封文件夹（袋）上写明投标负责人及联系方式。

5.邮寄地址：杭州市拱墅区半山东路1号浙江省肿瘤医院行政楼403室。

6.★开标后需提交电子版标书一份。

**六、联系方式：**

1. 地址：杭州市拱墅区半山东路1号

2. 联系方式：

联系人：谢先生 联系电话：0571-88122239

 浙江省肿瘤医院

 2023年3月15日

**附件1：**

授权[委托书](http://www.liuxue86.com/hetongfanben/wtsfb/%22%20%5Ct%20%22http%3A//www.liuxue86.com/a/_blank)

　本公司特委托姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，性别:\_\_\_\_\_\_\_身份证号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，作为我公司的合法代理人，全权代表我公司办理浙江省肿瘤医院 相关事项，对委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我公司均予以认可，并承担相应的法律责任.

　　委托期限:自签字之日起至上述事项办完为止.

 法人代表：

 公司名称:

 年 月 日